

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA ESTABLECIMIENTOS DE TATUAJE, PIERCING Y MICROPIGMENTACIÓN

1. ASEGURADO

Nombre y Apellidos:		
C.I.F.:	Domicilio Social:	
Localidad:	Provincia:	C.P.:
Email:	Telf:	Telf. Móvil:
Fecha De Constitución:	Facturación Declarada de la presente Anualidad:	
Detalles de las Facturaciones:		
Facturación Declarada de la pasada anualidad: _____ euros		
Facturación Estimada / Real en la presente anualidad: _____ euros		
Facturación Estimada de la próxima anualidad: _____ euros		
Número de Empleados y Cualificación Profesional (Título y fecha de Obtención):		
Número de Socios y Cualificación Profesional:		
Actividades que realiza:		
Tatuaje	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Eliminación de tatuajes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Micropigmentación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(en caso afirmativo indicar método): _____		
Piercing	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Piercing lingual y/o genital	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(imprescindible aportar copia de los consentimientos informados)		
¿Realiza alguna otra actividad profesional en el centro? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (en caso afirmativo dar más detalles)		

Productos empleados:		
¿Están autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo todos los productos que utiliza?		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo dar más detalles del producto y origen.		

2. RECLAMACIONES ANTERIORES

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional? SI NO

¿Ha sufrido en los últimos años, alguno de los empleados alguna reclamación profesional? SI NO

¿Tiene conocimiento de cualquier hecho o acto profesional que pueda dar origen a alguna reclamación o procesamiento contra usted, su entidad o personal contratado por su entidad en el futuro? SI NO.

¿Le han denegado o restringido sus servicios en algún centro? SI NO

¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo público? SI NO

En caso afirmativo, indicar en hoja anexa detalles: Fecha, causa, nombre del reclamante, así como el coste económico que tuvo, si lo conociese.

3. SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES

¿Ha tenido alguna póliza que cubra los mismos riesgos o similares, contratada directamente o a través de algún Colegio, Asociación o similar? SI NO

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

4. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta (10 Dígitos)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El solicitante declara que lo escrito en esta solicitud es del todo verdad. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forma las bases de un contrato de seguro efectuado entre la Aseguradora, y el mismo. El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a la Aseguradora de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

Fdo. _____

En _____ a _____ de _____

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que W.R. Berkley España, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable W.R. Berkley España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por W.R. Berkley España, sobre sus productos y servicios. El Asegurado/Tomador autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El Asegurado/Tomador podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a W.R. Berkley España, Pso. De la Castellana, 149 8ª, Edificio Gorbea 2, 28046 Madrid, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado facilite a W.R. Berkley España, información relativa a los Asegurados o a los Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiestan que todos esos datos que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos; y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato.